THÈSE

UR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Léon Le PONTOIS

né à Bordeaux, le 20 Mars 1883

s Verrues Planes Juvéniles

et leur traitement

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER HENRY

8, rue Casimir-Delavigne (Aucl 11 et 13, rue de l'École de Médecine)

1910

INTRODUCTION

Bien que ne différant que peu des verrues vulgaires, aux points de vue étiologique et anatomo-pathologique, les verrues planes juvéniles, par leur multiplicité parfois considérable, par leur apparition sous forme de veritables poussées éruptives et par leur localisation prédominante à la face, n'en constituent pas moins au point de vue clinique une variété nettement distincte et méritant d'être étudiée séparément.

Cette affection, bien qu'elle ne soit nullement grave à proprement parler et qu'elle ne cause aucune gêne ni aucune douleur aux sujets qui en sont atteints, n'en est pas moins souvent fort désagréable parce qu'elle dé-

figure quelquefois notablement ceux dont elle envahit la face, aussi avons nous pensé que son étude détaillée présenterait quelque utilité. Nous devons ici exprimer tous nos remerciements à notre maître, le Docteur Comby, qui a bien voulu attirer notre attention sur l'intérêt que cette dermatose présente pour le médecin d'enfants.

Après une rapide esquisse de l'historique, nous ferons une étude clinique de cette affection, puis nous étudierons son étiologie et ses rapports avec les verrues vulgaires ; nous exposerons ce qne nous en savons au point de vue bactériologique, son anatomie pathologique, puis, après avoir parlé du diagnostic, nous examinerons les divers modes de traitement qui ont été utilisés contre elle avec plus ou moins de succès.

Historique

Nous serons brefs sur l'historique de la question.

La première observation de verrues planes juvéniles est celle de l'Anglais G. Thin, publiée en 1881 dans le périodique anglais *Médico chirurgical transactions*. (1)

Tous les auteurs qui, avant nous, se sont occupés dd cette question la mentionnent et, au cours de cette étude, nous aurons plus d'une fois l'occasion de nous y reporter, parce que c'est une observation détaillée et parce que nous y trouvons décrits, du premier coup, presque tous les caractères de l'affection qui nous occupe. Nous y voyons que l'auteur, dérouté par la nouveauté et la rareté du fait, se trouva tout d'abord incapable de poser un diagnostic, et que plusieurs médecins, expérimentés

(1) G. Thin. An. anusual case of warthy growths of the face. Médico-chirurgical transactions. 1881. T. LXIV, p. 283.

en matière de maladies de la peau, auxquels il montra sa malade, ne furent pas plus savants que lui. Ce n'est que l'examen microscopique d'un élément prélevé sur le sujet, qui lui fit découvrir la véritable nature de l'éruption et lui démontra qu'il s'agissait d'une variété de verrues. G. Thin expose ensuite succinctement les caractères histologiques de l'élément qu'il eut occasion d'examiner et admet comme très vraisemblable l'hypothèse de sa nature infectieuse.

Darier, en 1888, publie, dans les *Annales de Dermatologie* (1), un mémoire concernant l'anatomie pathologique de cette variété de verrues, d'après l'examen d'un cas provenant du service de Besnier.

Pour ce qui est des recherches bactériologiques, nous les mentionnerons en temps et lieu quand nous traiterons cette partie.

La traduction française de Kaposi par Besnier et Doyon (première édition 1888 et deuxième édition 1891), est le premier ouvrage didactique français où il soit fait mention des verrues planes juvéniles. Les auteurs en parlent dans une note, et, dans la deuxième édition, émettent l'idée que l'auto-inoculation est manifeste.

Dans cette note, Besnier et Doyon divisent les verrues en verrues séniles et verrues juvéniles et

(1) Darier. Verrues planes juvéniles de la face. Ann. de Dermat. 1888.

ces dernières en verrues vulgaires et verrues planes Cette classification qui rapproche l'une de l'autre les deux variétés de verrues juvéniles est conforme, non seulement à la clinique qui nous montre les verrues atteignant les sujets jeunes et les enfants d'une part, les vieillards d'autre part, mais encore à l'anatomie pathologique qui nous montre une grande analogie de structure entre les deux variétés juvéniles.

Actuellement les verrues planes juvéniles sont décrites à côté des verrues vulgaires, non seulement dans tous les traités ou manuels de dermatologie, mais aussi dans des ouvrages concernant les maladies des enfants.

Quelques points de leur étiologie, notamment leurs rapports avec les verrues vulgaires, nous semblaient encore très vagues et certains auteurs (1) ne sont pas éloignés de considérer ces deux affections comme entièrement distinctes. Peut-être réussirons-nous à prouver qu'elles reconnaissent toutes deux la même cause.

De plus, leur traitement a fait récemment un grand progrès grâce aux applications médicales des rayons X, et nous exposerons, à côté des autres

(1) Dubreuilh. Art. verrues. In Pratique dermatologique. T. IV.

traitements, les excellents résultats que l'on peut obtenir de cet agent thérapeutique qui permet, dans beaucoup de cas ayant résisté aux autres médications, d'obtenir rapidement une guérison complète, sans cicatrices et sans douleurs.

Etude Clinique

Description de l'éruption — *L'élément* qui constitue une *verrue plane juvénile* est une *papule épidermique*, il se présente comme une saillie de dimensions variables mais ne dépassant pas un diamètre de quelques millimètres. Les plus petites papules sont de taille extrêmement minime, et il existe toute une échelle de grandeurs allant des verrues les plus larges jusqu'à celles qui ne sont visibles que comme un fin semis qui se confond insensiblement avec le grain normal de la peau, dans certains cas tout au moins, comme chez le sujet qui nous a fourni l'observation n° II. La saillie de la verrue plane au dessus des téguments sains est toujours très faible. Les bords présentent une limite tout à fait nette ; ils tombent comme un talus sur la peau normale, ou sont marqués par un sillon comme tracé au burin, sillon dû à la desquamation de la papule, desquamation qui s'arrête très nette-

ment au bord de l'élément. La papule est la plupart du temps arrondie, quelquefois vaguement polygonale.

La surface de ces verrues est plane comme son nom l'indique ; elle est lisse et quelquefois, aux mains surtout, légèrement brillante, sans jamais atteindre, toutefois, au miroitement de la papule de lichen. En l'examinant à la loupe, on voit que cette surface est *très finement mamelonnée* ; de fins sillons, très peu profonds, y dessinent une sorte de mosaïque ; mais jamais cette surface ne présente l'aspect papillaire de la verrue cornée ou verrue vulgaire.

La couleur varie de celle de la peau normale à une teinte légèrement brunâtre ; cette teinte est assez semblable, dans beaucoup de cas, à celle du café au lait, et c'est une comparaison dont presque tous les auteurs se servent dans leur description. Quand cette teinte est celle de la peau normale, si surtout les papules sont peu élevées, elles sont difficiles à distinguer et ne se voient bien nettement qu'en lumière frisante. Il faut noter d'ailleurs que cette teinte peut se foncer ou s'éclaicir d'un jour à l'autre, de même que le volume des éléments augmente ou diminue quelquefois sous l'influence de la transpiration et de congestion de la face, quelquefois sans cause apparente.

Dans certains cas, en comprimant légèrement la peau sous une lamelle de verre, on voit, dans la

profondeur de quelques éléments, de petits points rouges. Ce fait est noté dans l'observation de G. Thin (1). Nous l'avons noté nous-même (obs. 3).

Jamais il n'y a d'aréole inflammatoire.

Ces caractères sont ceux d'un élément isolé, et chez un sujet qui se lave fréquemment. Quand il y a plusieurs éléments confluents ils deviennent polygonaux par pression réciproque ou se déforment irrégulièrement, mais ils sont toujours assez nettement délimités par des sillons pour qu'il soit toujours facile de compter ceux qui confluent en un seul groupe. En outre, quand on a affaire à des gens qui se lavent rarement, l'élément, ainsi que le fait remarquer Brocq (2). est un peu plus foncé, plus surélevé, et à surface légèrement farineuse et mamelonnée.

Quand la verrue plane siège à la paume des mains, la constitution particulière de l'épiderme à cet endroit du corps lui donne un tout autre aspect. La verrue n'est pas en relief, mais au contraire au-dessous du niveau de la surface cutanée ; elle se présente comme un petits puits circulaire à bords très nets, comme taillés à l'emporte-pièce, et dont le fond est occupé par une aire plane et lisse. On explique ce fait par la desquamation de l'épiderme de la verrue qui abaisse bientôt son ni-

---

(1) G. Thin. Loc. cit.

(2) Brocq. Traité pratique de dermat. élém.

veau au dessous de celui de l'épiderme de la peau saine, très épais à la paume de la main.

Voyons maintenant comment ces éléments se distribuent sur le malade, autrement comment se présente l'*éruption*.

Dans beaucoup de cas, en effet, c'est une véritable éruption dont il s'agit, ainsi que nous l'avons fait pressentir dès le début de ce travail et les verrues peuvent être en nombre considérable. Le malade de G. Thin en avait la face tellement couverte qu'au premier coup d'œil on aurait pu penser à une éruption confluente de petite vérole. Nous avons nous-même (Observ. 2) vu un petit malade qui ne présentait pas moins de six cents verrues planes sur la figure, encore ce nombre ne comprend-il que les éléments de grande et de moyenne taille, car comme nous l'avons déjà fait observer, les plus petits se confondent insensiblement avec le grain normal de la peau, de sorte qu'il ne faut pas songer à les compter tous. Notre maître, le docteur Darier, a bien voulu nous donner les renseignements suivants concernant un cas remarquable par la profusion et l'étendue de l'éruption :

« Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui avait été adressée par le professeur Fournier au Dr Darier pour que celui-ci put pratiquer une biopsie. La figure, les oreilles, le cou de la malade étaient constellés de verrues planes extrêmement abondantes ; elles s'insinuaient sur la bordure du cuir chevelu,

elles descendaient du cou sur les epaules, la partie supérieure du dos, les régions claviculaire et sternale, et s'arrêtaient au niveau des seins. Leur nombre est impossible à préciser, mais dépassait certainement quinze à dix-huit cents d'après l'estimation du docteur Darier. La malade fut biopsiée et ne revint pas se faire traiter. Elle avait également des verrues planes sur les mains, mais pas sur les bras.

Le malade de l'observation numéro I, que nous avons eu l'occasion de voir nous-mêmes, en portait sur la face un nombre considérable, certainement de plusieurs centaines.

La face est en effet le lieu d'élection pour les grandes éruptions de verrues planes. C'est là qu'on rencontre le plus souvent ces éruptions tellement serrées qu'elles ne laissent que peu de peau saine, mais les mains sont au moins aussi souvent atteintes. Les statistiques montrent un nombre un peu plus grand de cas concernant les mains que de cas concernant la face, et nous sommes persuadés que la différence s'accentuerait beaucoup si on les relevait avec plus de soin. Tel malade qui est amené au médecin par une éruption atteignant la face ne viendrait pas le trouver si ses mains seules étaient atteintes légèrement (surtout parmi la clientèle ordinaire des consultations d'hopital). D'ailleurs quelques éléments clairsemés sur les mains passent presque inaperçus.

En dehors de la face et des mains (sur la face pal-

maire lesquelles sont rares) les verrues planes juvéniles ont été rencontrées aux avants-bras, aux jambes, au cou, au cuir chevelu, aux organes génitaux. On les a vus sur des muqueuses à épithélium malpighien, dans le vestibule de la bouche notamment.

Voici d'ailleurs quelques chiffres donnant une idée de leur fréquence sur les différents points du corps. Le tableau suivant que nous empruntons à Djamdjeff (1) porte sur 58 observations :

Face dorsale des mains.....	40
— — des doigts.....	17
— palmaire des mains.....	4
— — du poignet.....	4
— dorsale du poignet.....	3
Face	39
Cuir chevelu.....	5
Région retro-auriculaire.....	3
Cou, nuque, lit des ongles, jambes, organes génitaux, chacun.....	1

Donat, dans sa thèse de 1900, après avoir publié la statistique de Djamdjelf que nous reproduisons

(1) Djamdjeff. *Les verrues planes juvéniles.* (Archives cliniques de Bordeaux 1889, p. 511) — Cité par Donat.

ci-dessus donne sa statistique personnelle qui porte sur 11 observations :

Face dorsale des mains.	3
— — doigts.	3
— palmaire des mains.	1
— — du poignet.	0
— dorsale du poignet.	2
Avant-bras.	2
Face.	4
Cuir chevelu.	0
Région rétro-auriculaire.	0
Jambes.	1

On voit que cette statistique est à peu près superposable à celle de Djamdjeff.

Ajoutons qu'à la face les points les plus atteints sont le front, les joues, le menton, le nez. Le pourtour des yeux est généralement indemne ainsi que la région pré-auriculaire.

Sur les points atteints les éléments se distribuent sans aucun ordre, ici clairsemés, là cohérents en ilots. Une disposition très fréquente et des plus intéressante, sur laquelle nous reviendrons, d'ailleurs, est celle de traînées rectilignes, en coup d'ongle. On a vu quelquefois ces traînées apparaître sur le siège d'une ancienne égratignure (1).

(1) Watson. *Cases of verrucæ planæ juveniles.* British journal of dermatology. 1903. p. 178.

Evolution. — Au sujet de l'évolution commençons par remarquer que beaucoup de sujets présentent quelques verrues planes, au dos des mains surtout, dont l'évolution ne diffère en rien de celle de verrues cornées, ou verrues vulgaires. Ils s'aperçoivent un jour qu'ils ont une verrue ou plusieurs, elles restent telles quelles ou se multiplient un peu, puis disparaissent au bout d'un temps des plus variables sans qu'aucun autre incident vienne s'ajouter à leur histoire. Mais nous avons surtout en vue ici l'évolution des éruptions étendues et celles-ci se font habituellement par poussées quelquefois considérables. Un sujet qui vient consulter pour une éruption de la face a bien souvent depuis longtemps, depuis des mois ou des années, quelques verrues planes des mains, ou quelquefois des verrues vulgaires, cas que nous examinerons plus loin à propos de l'étiologie, puis, d'emblée ou après une phase d'extention locale pendant laquelle les verrues planes se multiplient sur les mains, apparaissent les verrues de la face, presque toujours en assez grand nombre du premier coup, puis d'un jour à l'autre d'autres éléments se développent, toujours ou presque toujours par poussées, et ainsi se constituent ces éruptions dont nous avons déjà souligné la profusion et l'étendue.

Nous ne voulons pas dire par là que les mains soient toujours le siège des éléments primitifs, bien que le fait nous ait paru très fréquent, mais seule-

ment que ces verrues apparaissent d'abord sur quelques points limités avant que l'éruption ne prenne un caractère extensif. D'ailleurs, si l'affection se propage par auto-innoculation, ce qui semble à peu près évident, il faut bien reconnaître que les verrues qui siègent aux mains sont merveilleusement placées pour être innoculées à la face. Il est bon de remarquer toutefois que les verrues vulgaires des mains, bien que se multipliant assez facilement sur les mains elles-mêmes et passant même par contagion d'un sujet à un autre, ne se transmettent que tout à fait rarement à la face.

Une éruption abondante peut d'ailleurs se constituer quelquefois d'emblée, sans que l'on trouve les éléments primitifs longtemps isolés que nous venons de mentionner. Mais ces cas semblent beaucoup plus rares ; peut-être aussi les éléments primitifs n'ont-ils pas été toujours recherchés.

Quelquefois on trouve un prurit quelconque au moment de l'examen, mais les verrues elles-mêmes ne sont pas prurigineuses. Il ne faut pas prendre la cause pour l'effet mais considérer au contraire le prurit comme déterminant indirectement l'éruption par le grattage qu'il provoque. En interrogeant quelques sujets, ils reconnaissent s'être grattés ou frottés la face avant l'apparition des verrues.

Que devient l'éruption une fois constituée ?

Tout d'abord, commençons par dire que non traitée elle finit *toujours* par disparaître spontané-

ment et *sans laisser de traces*. Ce fait est à retenir ; une conséquence pratique importante s'en déduit, c'est qu'on ne doit jamais employer contre les verrues planes un traitement susceptible par lui-même de laisser des cicatrices.

Comment se fait cette disparition spontanée ?

Tout d'abord un facteur important est l'âge : En effet, au-dessus de 25 à 27 ans on ne retrouve plus cette variété de verrues, Elles durent donc parfois assez longtemps, une dizaine d'années et plus, d'où cette autre conséquence pratique, que si on ne doit pas recourir à des traitements par trop énergiques on ne devra pas non plus tabler sur la guérison spontanée qui se fait souvent longtemps attendre.

Mais en dehors de l'âge, d'autres causes interviennent, que nous ignorons, mais qui font disparaître l'éruption au bout d'un temps des plus variables.

La disparition spontanée peut en effet survenir à tous les âges.

De plus, après disparition, ces verrues peuvent récidiver au bout d'un temps également variable et l'évolution être encore aussi rapide ou au contraire désespérément fixe.

A dire vrai, nous n'avons pas vu de nous-mêmes ces éruptions fugaces, mais les parents de nos petits malades (Obs. I et II) affirmaient que des éruptions semblables à celles que nous avions sous les yeux étaient déjà apparues à la face de leurs enfants pour disparaître au bout d'un certain temps, quelques semaines.

Chez l'un de ces malades (Obs. III) les éruptions semblaient même évoluer comme des éruptions saisonnières, apparaissant trois ans de suite, quelques semaines après le début des premières chaleurs. Chez le malade qui fait l'objet de l'observ. II les chaleurs semblaient aussi jouer un rôle dans l'apparition de nouveaux groupes d'éléments.

C'est ici le moment de faire remarquer que les verrues qui constituent une éruption peuvent varier de volume et de couleur dans un court espace de temps ; c'était le cas pour le malade notre obs. III. D'ailleurs ce fait a déjà été observé. Watson (1) parlant d'un cas de verrues planes juvéniles, remarque que ce qu'il y a d'intéressant chez ce sujet, c'est que des verrues qui n'ont jamais été traitées varient de volume et de couleur d'un jour à l'autre. Peut-être l'état congestif variable de la face intervient-il dans ces changements ; c'était le cas semble-t-il chez nos deux malades ou l'influence de la chaleur était assez nette.

Semblables en cela à un très grand nombre de dermatoses, les verrues planes sont susceptibles de disparaître au cours d'une maladie aigüe, fibrile. Nous ne savons pas si le fait est constant, mais nous venons de voir un enfant de 7 ans, atteint de verrues planes du visage et chez qui elles disparais-

(1) Watson. *Cases of verrucæ planæ juveniles.* British journal of dermat. 1903. p. 178.

sent sans laisser aucune trace, au cours d'une *rougeole*, pour reparaître dès la convalescence, la période de disparition ayant duré une semaine.

Pour terminer ce qui a trait à l'évolution de l'éruption soulignons bien ceci, c'est qu'un sujet qui est porteur depuis de longues années de verrues planes isolées ou très clairsemées, voit tout à coup son éruption s'étendre et ses verrues se multiplier par centaines, alors que pendant la période de torpidité il avait eu cent fois l'occasion de s'en innoculer, et aucun élément nouveau n'était apparu cependant. Ne dirait-on pas qu'une cause quelconque, interne, une modification de l'état général qui nous est totalement inconnue intervient maintenant pour favoriser ou tout au moins pour permettre cette pullutation ? Disons d'ailleurs tout de suite, que cette hypothèse n'ôte rien à la théorie parasitaire, que nous exposerons tout à l'heure, l'histoire de presque toutes les maladies infectieuses est là pour le démontrer.

Etiologie

Nous avons été forcément amenés à effleurer presque tous les points de l'étiologie en traitant de l'évolution nous allons les développer ici plus en détail. En traitant de l'étiologie, nous devons aussi empiéter sur l'étude bactériologique de l'affection ; nous traiterons, dans l'étiologie, de tout ce qui se rattache aux innoculations expérimentales ; il semblerait que cela eût été mieux à sa place dans le chapitre consacré à la bactériologie, mais nous n'avons pas voulu séparer l'exposé de ces innoculations des faits cliniques qui leur sont comparables et qui trouvent naturellement place dans le présent chapitre.

Nous avons déjà vu que l'affection qui nous occupe est une affection de la jeunesse. Djamdjeff (1) trouve que l'âge où elle est la plus fréquente est

---

(3) Djamdjeff. loc. cit.

celui de 10 ans environ. Nous n'avons pas recherché les âges extrêmes où elle a été constatée ; nous savons seulement qu'elle ne dépasse guère 28 à 30 ans, et que les cas sont de plus en plus rares quand on s'écarte de la seconde enfance.

Les matériaux nous ont manqué pour juger de l'inflence de la race. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle existe dans la race noire ; nous avons en effet trouvé dans la littérature (1) un cas concernant un jeune homme de couleur âgé de 14 ans.

Exist-t-il, dans les espèces animales, quelque chose d'équivalent ? En ce qui concerne les verrues planes, nous n'avons aucune donnée sur ce point, et nous sommes obligé de nous en remettre à ce qui a été fait concernant les verrues communes. Nous n'avons d'ailleurs trouvé qu'un seul fait : Jadassohn (2) a inoculé à trois médecins, le 12 février 1903, des verrues de la mamelle d'une vache. Une seule inoculation fut positive. Après une très longue incubation (3 ans) apparurent quatre petits points, sur le lieu même de l'innoculation, qui après trois mois devinrent de vraies verrues. Jadassohn fait remarquer que, dans les innoculations

(1) Stelwagon. *A case of verruca planum juvenilis.* Soc. dermatol. de Philadelphie, in Journal of Cutaneous diseases 1906. p. 339.

(2) Cité par F. Schultze (Deutsche Medizinische Wockenschrift 1908. N° 10)

d'homme à homme, il n'a pas vu l'incubation dépasser 8 mois.

Nous avons, en traitant de l'évolution, laissé entendre que l'éruption s'étendait par auto-innoculation et que cette auto-innoculation pouvait provenir non seulement de verrues planes, mais encore de verrues cornées. Ces deux points recevront ici les développements qu'ils comportent.

Mais il nous reste à élucider comment apparaissent les éléments primitifs.

Nous nous permettrons à ce sujet de sortir de notre cadre et de recourrir à des faits concernant les verrues vulgaires.

La contagiosité des verrues était une croyance depuis longtemps populaire avant que le monde médical l'admit. Maintenant des observations à l'appui de la contagion ont paru un peu partout et Dubreuilh en cite plusieurs dans la « Pratique Dermatologique. »

Payne, (1) a observé sur lui-même un fait évident, en soignant un enfant atteint de verrues cornées abondantes. A l'occasion de grattages il souleva plusieurs fois avec l'ongle du pouce des croûtes de verrues saignantes. Quelques

(2) Payne. On the contagiousness of common warts (The britèsh. Journal of dermat. In juin 1891. p. 185.

jours après, (1) il survint sous l'ongle, de la rougeur et du gonflement puis une verrue se forma ; deux autres verrues se développèrent ensuite sur la face dorsale du pouce. Ces éléments n'eurent qu'une existence éphémère ce qui fit penser à l'auteur que les verrues ne persistent que chez des sujets prédisposés.

J. Morton, de Glasgow publia un cas de contagion non moins net en 1891 (2). Il concerne des verrues apparues en grand nombre chez plusieurs membres d'une même famille dans des conditions, dit l'auteur, qui donnent un solide appui à la théorie parasitaire. La famille en question avait chez elle depuis quelques mois une bonne qui portait de nombreuses verrues sur les mains et les avant-bras. Peu de temps après on remarqua que les enfants, au nombre de trois, portaient tous des verrues développée sur les mains et on leur attribua pour origine une infection par la bonne. Le plus jeune membre de la famille, un garçon de cinq ans, portait des verrues sur les côtés adjacents de deux doigts voisins et situées si exactement les unes en face des autres qu'elles donnaient l'idée d'une innoculation par contact, et cette idée se trouva confirmée dans la suite par ce fait que cet enfant qui avait l'habitude de se

(1) La brièveté de l'incubation est remarquable.

(2) J. Morton. Infective warts. — Boitish Medical journal. 1894.

sucer les doigts fut atteint de deux nouvelles verrues à la lèvre supérieure et d'une dans la bouche à la face antérieure de la gencive.

Nous citons ce dernier cas parce qu'il résume à lui seul le mode d'apparition et d'extension des verrues communes : contagion d'abord, auto-inoculation ensuite ; nous verrons tout à l'heure que cette formule est également applicable aux verrues planes, du moins dans la plupart des cas.

Occupons-nous maintenant de faits concernant directement la variété de verrues qui nous occupe.

Dubreuilh, dans la *Pratique dermatologique* (1) incline vers une différence complète de nature entre les verrues planes juvéniles et les verrues cornées.

Nous nous permettons d'être d'un avis différent, et nous espérons démontrer que celles-là peuvent provenir de celles-ci.

Gémy, d'Alger, a publié en 1894 (2) l'observation d'un israélite algérien qui était porteur depuis longtemps d'une grosse verrue du scrotum. A la suite du grattage occasionné par une invasion de « phtirius inguinalis » apparurent de nouveaux éléments. Ils étaient, dit l'auteur, disposés en traînées linéaires figurant les cinq branches d'un éventail dont la verrue primitive aurait été l'écrou, et l'un des groupes était formé de *verrues planes*.

(1) Pratique dermatologique. T. IV, article Verrues.

(2) Gemy. Annales de dermat. et de syph. 1894. p. 854

L'auteur ne dit pas précisément que l'élément primitif et les quatres autres groupes d'éléments secondaires étaient des verrues cornées, mais puisqu'il fait remarquer que tel groupe, en particulier, était formé de verrues planes cela ne fait aucun doute ; d'ailleurs, les dimensions qu'il donne de la verrue mère ne laisse aucune place à confusion.

Nous mêmes avons vu récemment un cas aussi démonstratif. Il s'agit d'une fillette de 11 ans (observation IV) qui, portant depuis longtemps une très grosse verrue cornée au dos de la main, se la heurta un jour, ce qui provoqua une hémorrhagie assez abondante ; le dos de la main resta une journée barbouillé de sang sous un pansement sommaire. Quelques semaines après apparurent des verrues planes en mêmes temps que de nouvelles verrues cornées.

Notre observation nº V, que nous devons à l'obligeance du Dr Chicotot, nous montre une enfant confiée au soin d'une domestique dont les mains étaient couvertes de verrues cornées et qui fut atteinte quelques semaines après, à la face, d'une éruption abondante de verrues planes. A noter que dans ce cas, il n'y a pas sur l'enfant un élément ou un groupe primitif précédant l'éruption ainsi que cela se voit très souvent, du moins, le fait n'est pas noté dans l'observation.

Pour ce qui est des faits d'auto-innoculation de verrues planes, ils sont infiniments plus fréquents

et nous dirons même, que quand on se donne la peine de la rechercher, cette auto-innoculation est évidente.

Presque tous les auteurs qui ont rapporté des observations de cette dermatose ont émis cette idée.

C'est que des faits cliniques importants et observés par tous ou presque tous les auteurs, plaident en sa faveur.

Le premier c'est l'évolution même de l'affection, c'est la présence fréquemment observée de quelques éléments localisés précédant l'éruption étendue ; en suivant le malade, on voit d'abord que les verrues d'abord apparues sur la main, par exemple, *essaiment* en quelque sorte et se répandent sur la face. Mais nous noterons une fois de plus ici que l'auto-inoculation n'est probablement pas seule en cause et qu'il semble que pour produire une éruption étendue et abondante, il faille des conditions intrinsèques à l'organisme, qui permettent à l'agent pathogène innoculé, de produire l'affection. Il ne nous semble pas, nous l'avons déjà dit, que le fait simple et nu d'auto-innoculation explique l'apparition d'une éruption profuse de la face chez un sujet qui depuis des mois ou même des années, avait quelques verrues à la main. Dans bien des cas, il est vrai, on trouve une cause de grattage et d'innoculation, une éruption miliaire au front, par exemple, un eczéma plus ou moins localisé (Obs. 3), mais il faut bien reconnaître que pendant les mois ou les années qui

ont précédé l'éruption de la face, il a bien dû y avoir quelques occasions de s'innoculer.

Un autre fait clinique qui démontre également l'auto-innoculation, c'est la disposition fréquente en traînée linéaire, en rhagade, en coup d'ongle, de certains groupes d'éléments. Les sujets de nos observations II et III la présentaient ; nombre d'auteurs l'ont notée également.

Nous observerons en passant que cette disposition en groupes linéaires est beaucoup plus rare pour les verrues cornées : Hébra, en 1892 présenta à la Société Viennoise de Dermatologie (1) pour la rareté du fait, une jeune femme qui présentait sur la face dorsale de l'annulaire gauche et du métacarpe des verrues cornées disposées de la sorte. Rappelons que dans l'observation de Gémy, déjà citée, il est question de plusieurs groupes de verrues cornées présentant cette disposition et irradiant de la verrue mère. Le même Gémy (2) a publié une observation de verrues confluentes des jambes (verrues cornées) dans laquelle on voit que des groupes de verrues filles étaient dans beaucoup d'endroits disposés auprès de la verrue mère, « comme une queue de comète ». Dans le même

(1) Société Viennoise de dermat. 23 mai 1892. Cité in Ann. de Dermat. 1893. p. 321.

(2) Gémy. *Verrues confluentes des deux jambes.* — Ann. de dermat. 1889. p. 92.

mémoire, de plus, il dit se souvenir d'avoir vu à St-Louis, à la consultation du docteur Balzer, deux cas de verrues planes où il avait remarqué une telle disposition qui d'après lui rendait l'auto-inoculation manifeste.

Reste maintenant à nous occuper des auto-inoculations *expérimentales*. Ici encore nous devrons nous contenter de ce qui a été fait sur les verrues cornées ; une seule expérience celle de Variot), portant sur une verrue plane, (encore n'en sommes nous pas bien sûr).

Le 21 juin 1894, Variot fit connaître (1) les résultats d'une innoculation de verrue, faite sur deux étudiants. Une verrue *plane*, dit l'auteur, fut abrasée au bistouri sur la main d'un enfant de 10 ans. Dans la courte description des verrues de l'enfant, Variot parle de 10 verrues *typiques* siégeant sur le dos de la main et ne parle pas de verrue plane. Celle qui servit à l'innoculation ne serait-elle pas une verrue vulgaire jeune et un peu moins saillante que les autres ? Nous avons un léger doute à cet égard. Quoi qu'il en soit, une aiguille fut promenée sur la surface de la verrue mise à nu, et avec cette aiguille chargée de sang on fit plusieurs piqûres très superficielles sur la peau de la phalange du doigt des deux étudiants.

(1) Journal de clinique et de thérapeutique infantiles. 21 juin 1894. p. 529.

Chez l'un d'eux, âgé de 20 ans, le résultat de l'innoculation fut nul. Chez l'autre, au bout de deux mois, rien n'était encore visible, mais au bout de deux mois et demi environ l'épiderme au point d'innoculation devint un peu épais et opaque ; puis apparut un disque à contour net de 3 millimètres de diamètre qui, bien-tôt présenta tous les caractères d'une ne verrue typique. Il n'y avait aucune réaction inflammatoire.

Si vraiment la verrue qui servit à l'innoculation était une verrue plane cela double pour nous l'intérêt de cette expérience en montrant la transformation d'une verrue plane en verrue cornée par innoculation.

En 1895, Jadassohn apporte au Congrès Allemand de dermatologie le résultat de ses expériences sur l'innoculation des verrues. Ces expériences au nombre de 15, portaient sur six personnes avec un total de 76 innoculations dont 33 furent positives. Il innoculait sous l'épiderme la pulpe obtenue en hachant des verrues. Les verrues apparaissaient de 2 à 6 mois après l'innoculation, 8 mois au maximum.

Par contre, Lupis (1) en 1897 n'a pas obtenu de résultat positif.

---

(2) Lupis. *Contributio allo studio della verruca Giovanile.* (Giorn. Ital. del. malat. ven. e della pelle 1897. fas. 4,p. 451.

De Amicis (1) en 98 n'a jamais réussi non plus ses innoculations.

Nous remarquerons ici que toutes les innoculations expérimentales que nous connaissons ont été faites sur des adultes, à un âge où les verrues sont naturellement rares et il est permis de penser qu'en pratiquant ces inoculations sur des enfants on aurait peut être obtenu plus de résultats positifs.

Notons également que dans quelques cas de contagion, l'incubation semble aussi avoir été plus courte que dans ces innoculations (obs. IV et V). Presque toujours la durée de l'incubation se compte dans ces cas par semaines seulement.

Nous parlerons, à propos de la bactériologie, des résultats des innoculations de Ciuffo, avec du liquide filtré de verrues.

Bactériologie

Nous devons dire dès maintenant que tout ou presque tout reste à faire sur ce sujet. Les résultats obtenus par les premiers auteurs qui s'en sont occupés ont été controuvés par les recherches postérieures de sorte qu'à l'heure qu'il est, nous ne nous trouvons guère plus avancés.

(1) De Amicis. *Richerche batteriologiche sulla verruca vulgare.* Même publication, 1898. p. 385.

Une affection cependant dont les allures de maladie parasitaires sont aussi nettes, devait nécessairement susciter des recherches dans le but de découvrir l'agent pathogène.

En 1882, Thomasi Crudeli (1), rendant compte des travaux de Majocchi, dit que ce dernier aurai trouvé dans les verrues vulgaires, à l'examen direct des coupes, un bacille spécial auquel il donna le nom de *bactérium porri* et qu'il aurait réussi à le cultiver.

En 1884, un mémoire de Babès (2) nous apprend que cet auteur a trouvé dans les papilles et dans les couches profondes du corps de Malpighi, un grand nombre de microbes colorés par les couleurs d'aniline, de 1/2 H environ de diamètre, de configuration et de groupement variables. Il retrouvait ces mêmes micro-organismes dans le tissu désséché, entre les papilles (il s'agit de verrues vulgaires). Son étude ne portait d'ailleurs que sur un seul cas, ce qui lui enlève déjà beaucoup de valeur.

En 1888, Kuhnemann obtint des cultures sur gélose présentant sous forme de colonie jaune-verdâtre. Les verrues obtenues par innoculation de ces cultures à des animaux, (deux coqs à la crête, et deux lapins à la patte), auraient donné deux résultats positifs, au bout de quinze jours, sous forme d'excroissances de la grosseur d'un grain de

(1) Thomasi Crudeli. Anatomia pathologica. T. I. 1882.

(2) Babès. Journ. de l'anat. et de la physio. normale et pathol. de l'homme et des animaux, 1884.

chènevis et jaunâtres, dont l'examen histologique ne fut d'ailleurs pas pratiqué.

La même année, le Dr Darier examinant un cas de verrues planes, recherche sans succès, sur les coupes un micro-organisme.

En 1897, Lupis (1) ne trouve de bacilles, ni au moyen des cultures, ni à l'examen direct.

En 1898, De Amicis n'a trouvé dans les cultures que les microbes banaux de la peau et n'a jamais réussi ses innoculations. Par contre il a observé dans le corps muqueux des altérations cellulaires aboutissant à la séparation des prolongements épineux, lesquels peuvent être pris pour des lactéries.

La même année, Delmas (2) nous apprend que Dubreuilh n'a jamais pu retrouver le bacille de Kuhnemann.

En 1903, Watson (3) étudiant en détail un cas de verrues planes juvéniles recherche les microbes, par cultures, et ne trouve rien.

Plus récemment, en 1907, nous trouvons dans une publication américaine (4) un mémoire de M. Schül-

---

(1) Lupis. *Loc. cit.*

(2) Delmas. Ann. de Dermat. et de Syph. 1898. p. 1046.

(3) Watson. *Cases of verruca planæ juveniles.* Boit. J. of Dermat. 1903. p. 178-181.

(4) American journ. of. genit.-urinar. diseases — Saint-Louis 1907. M. Schuller : on the parasitology of simple cutaneous warts.

ler, de Berlin, dans lequel l'auteur dit avoir découvert parmi les protozoaires, le parasite pathogène des verrues, parasite qu'il aurait vu dans les parties les plus superficielles du corps papillaire, et aussi dans l'épiderme entre les cellules et surtout dans l'intérieur même des noyaux qu'il finit par détruire de manière à transformer l'épiderme en un réseau dont les mailles sont remplies de parasites. Il aurait étudié le parasite en question tantôt vivant, à la chambre humide, tantôt après coloration, il l'aurait même cultivé et vu des sortes de sacs bourrés de spores se rompre en mettant en liberté des organismes flagellés qu'il considère comme des gamètes mâles mais ces cultures ne donnèrent pas de verrues par innoculation.

Nous n'avons trouvé nulle part de recherches qui aient confirmé ou infirmé le résultat de celles de M. Schüller, de sorte que l'on n'en doit tenir compte qu'avec beaucoup de réserve.

En 1907 également, Ciuffo (1) rapporte les recherches qu'il a entreprises pour savoir si les verrues n'étaient pas dues à un germe microscopique filtrable. Il s'innocula par scarifications le filtrat bactériologiquement stérile de verrues, sur le dos de la main, en un point correspondant à celui où se trouvaient les verrues qu'il avait prélevées. Pendant les

(1) Ciuffo. Giornal italiano delle malattie venere e della pella 1907. Fascic. I. p. 12.

quelques jours qui suivirent il y eut une légère irritation. Cinq mois après apparurent de petits éléments qui peu à peu revêtirent l'aspect de verrues ou mieux de petits papillonnes.

A remarquer dans cette expérience, le temps d'incubation, très superposable à celui observé par les autres auteurs qui ont obtenu des innoculations positives.

On voit en résumé, qu'il y a encore beaucoup à faire pour que la bactériologie des verrues soit connue. Si les allures cliniques de ces petites tumeurs, et les résultats des innoculations expérimentales démontrent bien leur origine pavasitaire, on peut dire qu'à l'heure actuelle leur agent pathogène nous est totalement inconnu.

Anatomie Patologique

Nous avons déjà vu que l'anatomie pathologique des verrues planes juvéniles a été tracée, dans ses grandes lignes, par G. Thin (1) en 1881 en même temps qu'il publiait son observation. Mais cette étude n'a été faite en détail qu'en 1888, par le Dr Darier (2). C'est à ce mémoire que nous nous en remettons.

---

(1) G. Thin. Loc. cit.

(2) J. Darier. Verrues planes de la face ; Ann. de la derm. 1888. p. 617.

Les coupes colorées au picro-carmin, et vues à un faible grossissement, permettent de reconnaître que la lésion consiste en un épaississement de toutes les couches de l'épiderne, avec hypertrophie des papilles. Les limites de la portion malade et de la peau saine sont indiquées par « un rebord bien marqué, presque à pic ».

Les couches normales de l'épiderne, grâce à l'épaississement qu'elles subissent au niveau de la verrue sont plus distinctes que d'ordinaire.

La couche cornée est au moins deux fois aussi haute que normalement ; les cellules qui la constituent forment des lamelles peu adhérentes entre elles, d'où des lignes de clivages indices de la tendance à la desquamation. Par l'acide osmique elle se colore en noir preuve que, comme à l'état normal, elle est infiltrée de graisse. Le stratum lucidum est peu apparent.

L'hypertrophie porte surtout sur le stratum granulosuns et le corps muqueux.

La couche granuleuse et limitée à sa face profonde par une ligne festonnée dont les angles rentrants se dirigent vers les bourgeons interpapillaires.

Le corps muqueux ne présente aucune altération cellulaire, mais seulement un simple épaississement dû au nombre des cellules qui le constituent.

Les papilles du derme ont une hauteur très accrue, plus que doublée dans le cas en question. Il est à remarquer que contrairement à ce que l'on observe dans les verrues vulgaires, l'épiderme est

aminci au-dessus des papilles. Les vaisseaux qui montent dans les papilles sont volumineux, très apparents, leur lumière est béante (1). Autour d'eux il y a des cellules lymphoïdes peu nombreuses.

Les nerfs, nombreux, ne présentent aucune altération.

Les follicules pilo-sélacés présentent seulement un évasement en entonnoir de leur col, dans lequel pénètrent les couches granuleuse et cornée.

— Une question se pose au sujet de savoir lequel est primitif, de l'allongement des papilles du derme ou de l'hypartrophie de l'épiderme ; on est d'accord aujourd'hui pour considérer la prolifération épithéliale comme le fait primitif.

Kuhnemann en 1889 (2), ayant étudié l'histologie de la verrue vulgaire remarque que les descriptions qu'ont données les auteurs de l'histologie de la verrue plane ressemblent tout à fait à ce qu'il a vu toutes les fois qu'il a étudié une verrue commune jeune et encore peu développée, telle, dit-il, celle dont il donne des figures reproduisant la coupe. Sur ces figures, en effet, on remarque une struction bien voisine de celle des verrues planes typiques

(1) Ces caractères doivent être encore plus accentués dans les cas où l'on voit à la vitropression ces points rouges que G. Thins a signalés et que nous avons observés nous-mêmes.

(2) Kuknemann : Contribution to the anatomy and Histology of venuca vulgaris. Brit. J. of. dermat. 1889.

mais il existe dans la couche cornée de l'épiderme, qui est d'ailleurs plus épaisse, quelques fissures verticales indice d'une structure papillaire plus marquée extérieurement. Nous verrons d'ailleurs au sujet du diagnostic que les verrues vulgaires de l'extrémité de la face dorsale des doigts présentent au point de vue objectif, une forme de transition. Dubreuilh note également la ressemblance qu'il y a au point de vue histologique entre la verrue vulgaire jeune et la verrue plane typique.

Diagnostic

Nous devons dire ici que de tous les cas de verrues planes que nous avons eu occasion d'examiner, aucun n'a présenté de difficultés de diagnostic. Ce diagnostic s'imposait pour quiconque en avait déjà vu.

Il paraît cependant que quelquefois le diagnostic avec le lichen plan peut rester un peu hésitant. Tenneson en 1889, présentant une jeune femme atteinte de verrues planes, à la Réunion des Médecins de St-Louis (1), faisait remarquer que vingt ans avant on aurait fait le diagnostic de lichen plan. Remarquons justement que jusqu'à Thins, le type clinique des verrues planes n'avait pas encore été isolé, que c'était, à proprement parler, une affection inconnue.

(1) Ann. de dermat. et syph. 1889. p. 22.

Cependant Sequiera (1) parle de verrues planes chez un enfant de 10 ans ne différant guère que par la couleur des papules du lichen plan.

On se basera pour faire le diagnostic sur l'aspect papillaire ébauché par la verrue plane, tandis que la papule du lichen plan est lisse et brillante. De plus la teinte du lichen est plus foncée et plus rouge. Le lichen est prurigineux.

La papule de *lichen simplex* considérée isolément peut ressembler un peu à la verrue plane mais elle est plus polygonale, beaucoup plus brillante, et sa surface est quadrillée et non papillaire. D'ailleurs, les caractères de l'éruption de la névrodermite chronique circonscrite ne laissent aucune place à l'erreur.

Le caractère de la verrue plane et de la verrue cornée sont tellement tranchés que le diagnostic est toujours facile, remarquons toutefois qu'entre la surface papillaire très nette de la verrue cornée et la surface de la verrue plane où les papilles ne s'accusent que par un réseau polygonal de fins sillons à peine visibles, il n'y a qu'une question de degrés, et il existe de fait auprès de l'extrémité des doigts, sur leur face dorsale, des verrues qui par leur coexistence avec des verrues cornées et par l'absence d'autres éléments semblables sur le dos de la main semblent bien devoir être rattachées

(1) Ann. de Dermat. 1902. p. 962.

aux verrues cornées, mais qui considérées isolément, ressemblent d'une façon frappante à des verrues planes. A la loupe cependant, l'aspect papillaire de leur surface paraît un peu plus marqué que chez ces dernières, mais ce n'est là qu'une question de nuance. Il faut reconnaître d'ailleurs que chez des sujets présentant à la fois des verrues cornées et des verrues planes, sur la même main par exemple, on rencontre des éléments qu'on ne sait vraiment pas dans quelle catégorie classer.

Pour ce qui est des verrues planes séniles, elles se distinguent nettement des verrues planes juvéniles par leur surface crasseuse, noirâtre, fendillée mais non papillaire, par leur diffusion plus grande et surtout par l'âge du porteur. Disons aussi qu'au point de vue anatomo-pathologique, leur structure s'écarte beaucoup plus du type de la peau normale. (petits globes cornés dans l'épiderme.)

Pour terminer la question du diagnostic, disons que dans la *psorospermose folliculaire*, ou maladie de Darier, une lésion très commune consiste en des verrues planes du dos des mains, qui ne se distinguent des verrues planes juvéniles par aucun caractère macroscopique ou histologique. Ce sont des verrues planes typiques ; elles ne contiennent pas les pseudo coccidies. Nombre d'auteurs ont relevé cette coïncidence.

Pour terminer ce qui a trait au diagnostic, disons que si dans un cas le diagnostic de verrues planes restait réellement en suspens avec le seul secours de la clinique, il serait indiqué de pratiquer une biopsie : les caractères histologiques si nets de la verrue plane trancheraient tous les doutes.

Pronostic

Ce que nous avons dit de l'évolution nous dispensera de nous étendre beaucoup sur le pronostic. Rappelons que la guérison spontanée survient toujours au bout d'un temps plus ou moins long mais qu'elle se fait quelquefois attendre bien des années. Aussi cette affection constitue-t-elle quelquefois presque une infirmité.

Nous allons voir que fort heureusement le traitement permet presque toujours de hâter singulièrement la terminaison naturelle.

Traitement

Les traitements mis en œuvre contre les verrues planes peuvent se classer comme il suit :

Traitement par les médicaments internes.
— — les applications externes.
— — les agents mécaniques (scarifications, raclages.)
Traitement par les agents physiques.
— — la psychothérapie.

Ces traitements sont les mêmes que ceux qui sont mis en œuvre contre les verrues cornées ; seulement la diffusion habituelle de l'éruption de verrues planes limite forcément dans bien des cas l'emploi de certains d'entre eux (les applications de caustiques par exemple.) De plus, le principe *primum non nocere* doit ici s'appliquer dans toute sa rigueur. Quand un malade vient nous demander conseil pour une affection disgracieuse mais dont l'évolution na-

turelle ne laisse aucune trace, nous ne devons pas l'en débarasser au prix de cicatrices indélébiles.

Médicaments internes. — Certains médicaments internes ont donné des succès. Nous avons déjà fait observer que des modifications non déterminées de l'état général pourraient bien être nécessaires pour le développement d'une éruption de verrues planes. Si cette hypothèse était exacte il n'y aurait dès lors rien d'étonnant à ce que des médicaments internes arrêtent son évolution et la fassent rétrocéder.

Devant la diversité des remèdes internes qui ont amené la disparition des verrues (planes ou cornées) on a émis pour expliquer leur action l'hypothèse de la suggestion. Sans nier le rôle de la suggestion il est permis de supposer que ces remèdes peuvent agir sur les verrues en modifiant favorablement l'état général.

La *Magnésie*, soit sous forme de *magnésie calcinée*, soit sous forme de *sulfate de magnésie*, est peut-être de tous ces remèdes celui qui compte à son actif le plus grand nombre de succès. Personnellement nous ne l'avons jamais vu administrer seule. Ainsi dans l'obs. I le malade fut bien débarassé de ses verrues mais il avait été soumis en même temps à des applications de pommade icthyolie.

Nous trouvons cependant dans la littérature des

faits de guérison sous l'influence du seul traitement interne par la magnésie.

Hall (1) rapporte le fait d'une fille de 14 ans dont les mains et les poignets étaient envahis de nombreuses verrues cornées. Elle fut soumise à une série de purgations par la magnésie (sous forme de lait-de-magnésie) et ses verrues disparurent. Elle était depuis longtemps constipée.

Un auteur américain, J. A. Cantrell (2) déclare que le sulfate de magnésie à l'intérieur à doses de 0 gr. 75 à 1 gr. lui a donné de bons résultats.

Morrow (3) a rapporté à la Société Dermatologique de New-York un certain nombre de cas guéris également par le sulfate de magnésie.

Stelwagon (4) a guéri par le sulfate de magnésie et l'arsenic administrés ensemble un jeune nègre atteint de verrues planes de la face.

Hall, en rapportant le cas de sa malade rapproche les résultats obtenus grâce à l'action purgative de la magnésie, de ceux que Watson obtint, lui, avec de l'huile de ricin.

---

(1) Hall A note on the treatment of simple warts by internal remedies. Brit. J. of. Dermat. 1906. p. 106.

(2) J. Abbott Cantrell « Warts and their treatment » Philadelphia polyclinic 7 mars 1896 p. 92.

(3) Morrow. New-York dermatological society 20 décembre 1898. In Ann. de Dermat. 1899. p. 799.

(4) Stelwagon. Société Dermatologique de Philadelphie. In Journal of cutaneous diseases 1906. p. 384.

Cet auteur (1) obtint la guérison des verrues planes qui défiguraient sa malade en administrant de l'huile de ricin par cuillerées à soupe, deux fois dans la première semaine, puis une fois par semaine. Les verrues disparurent au bout de trois semaines de ce traitement. L'auteur fait observer à ce sujet que la magnésie calcinée pourrait bien devoir son succès à son action purgative et il attribue, dans l'étiologie des verrues, une part importante à l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Hall se déclare assez partisan de cette théorie.

Après ce que nous avons déjà dit en parlant du rôle possible de causes générales, on remarquera ici encore, qu'une telle hypothèse n'enlève aucune valeur à l'hypothèse parasitaire. Certaines recherches tendraient peut-être à attribuer au magnésium lui-même, l'action spécifique, mais nous avons eu le regret de ne pouvoir nous procurer les publications où elles ont paru. (2)

L'eau de chaux a aussi ses partisans. J. Burdon

---

(1) Watson. Cases of verrucæ planæ juveniles. Brit. journ. of derm. 1903. p. 178-181.

(2) Archives of Roentgen Ray 1804 : *A note on the phoreic traetment by the Mg (S O/4) 2 ion* par Reus. Archives d'électricité de Bordeaux 1907 : *Traitement des verrues par l'ion magnésium*, par Reus.

Même publication 1908. *Deux observations de ver. planes rapidement guéries par l'ion magnésium*, par Bordet.

Cooper (1) en donne habituellement un plein verre, additionné d'un peu de lait, après le repas de midi, pendant un certain temps. Lui-même a vu disparaître, au bout de dix jours, après qu'il eût pris de l'eau de chaux pour une légère indisposition, une verrue qu'il portait au pouce gauche et qui avait jusque là résisté à tous les traitements. Après avoir étudié contre les verrues beaucoup de médications, il considéra l'eau de chaux comme un véritable spécifique, qui, dit-il, ne lui a jamais donné que des succès. Les verrues disparaissent, nous dit-il, dans l'espace de quatre jours à six semaines au maximum.

Tout récemment, un petit article paru dans le périodique mensuel anglais *The Prescriber* (2), nous apprend qu'à la suite de l'article de Burdon Cooper on apporta à la connaissance de l'auteur plusieurs cas semblables, après quoi la question tomba un peu dans l'oubli. Mais en janvier 1910, le Dr Dudley Kennard publia (3) un cas de guérison obtenu par l'administration quotidienne d'une demie pinte d'eau de chaux, pour des verrues planes ayant envahi les mains et les poignets, au nombre de trois à quatre cents. Toutes les verrues disparurent en

(1) J. Burdon Copper. *Lime water in the treatment of warts.* Brit. Medic. J. 1905. T. II. p. 441.

(2) The Prescriber, mars 1910. p. 46.

(3) In British Médical Journal janv. 1910.

quatre jours. On avait essayé sans succès des applications externes variées.

On doit donc mettre l'eau de chaux au nombre des remèdes internes qui exercent quelquefois une action sur les verrues.

On a administré du chlorure de calcium dans le cas de Dudlay Kennard que nous venons de citer, dans la pensée que le calcium exerçait l'action curative. Ce fut sans résultat.

L'arsenic a été recommandé par Herxeimer et Marx,(1) Dubreuilh a vu assez souvent les verrues planes de la face guéries par l'arsenic, mais plus souvent encore, le traitement a échoué. Nous avons cité plus haut une guérison obtenue par l'administration simultanée de l'arsenic et du sulfate de magnésie. Il serait intéressant de rechercher l'effet produit par le traitement arsenical sur l'éruption de verrues, quand elle atteint un sujet dont l'état général semble devoir bénéficier de ce traitement (amaigrissement, fatigue...).

La *teinture d'iode* (Simoni) administrée à l'intérieur, aurait aussi donné des succès.

La *teinture de thuya* est recommandée à l'intérieur à dose de quarante à cinquante gouttes. Elle aurait donné de bons résultats entre les mains de Mor-

(1) Cités par Dubreuilh. Pratique Dermatologique. Art. Verrues.

row (1) et de plusieurs autres médecins américains (2). Sicard, en France, l'a employée avec succès en injections locales. Administrée à l'intérieur, Dulreuilh l'accuse, outre son peu d'activité contre les verrues, d'occasionner des douleurs d'estomac. Si elle fait mal à l'estomac elle ne semble pas avoir une action plus favorable sur le rein, car un médecin américain, Robinson, a eu un cas de mort par néphrite aigüe, après administration de la teinture de thuya à dose de 10 à 15 gouttes par jour. Ce n'était pourtant pas une forte dose, à moins que la teinture américaine ne soit particulièrement énergique. Nous pensons qu'il vaut mieux s'obstenir de l'emploi interne de ce médicament qui en échange de résultats hypothétiques offre, au moins, des inconvénients.

Médicaments externes. — Au sujet de médicaments externes il faut remarquer qu'en cas de verrues planes constituant une véritable éruption, on a souvent à traiter des surfaces étendues et un nombre considérable d'éléments. On ne peut donc, dans ces cas, recourir aux applications externes qui doivent être localisées strictement à la verrue (nitrate d'argent par exemple).

L'acide salicylique est de tous les agents médica-

(1) New-York Dermatological society, 20 décembre 1898.

(2) New-York Dermatological society 24 avril 1894.

mentaux externes celui qui semble avoir le plus de partisans.

Il exerce, dans tous les formulaires, des formules de collodion salicylé, entre les cors et les verrues ; un collodion contenant 1 10e d'acide salicylique, donne des résultats quelquefois contre les verrues vulgaires. On pourra l'employer contre les verrues planes si elles ne sont pas trop abondantes. Il faut enlever la pellicule de collidion au bout de deux ou trois jours, et recommencer aussitôt l'application.

Le savon salicylé de Vigier, en savonnages quotidiens, suivis de lotions alcooliques au salol et au sublimé a donné à Feulard de bons résultats. La magnesie calcinée était donnée en même temps

Gémy, d'Alger, dans un cas de verrues cornées confluentes des jambes (1) en a obtenu la guérison grâce à des applications d'emplâtre salicylée.

Dubreuilh (2) recommande contre les verrues planes la pommade suivante :

Lanoline.....	20 gr.
Calomel à la vapeur.....	1 gr.
Acide salicylique.....	1 gr.
Resorcine	1 gr.

Cantrell, de Philadelphie, déjà cité, emploie la *vaseline salicylée* à 15 % contre les verrues vulgai-

(1) Gemy. *Verrues confluentes des deux jambes.* Ann. de dermat. 1889. p. 92.

(2) Dubreuilh. Pratique dermatologique. Art. verrues.

res. Au bout de trois jours d'application, curettage, puis on applique encore la pommade pendant huit jours.

Mantelin (1) recommande l'emploi d'un collodion contenant du chloral, de l'acide acétique et de l'acide salicylique en même temps que l'administration de magnésie calcinée à l'intérieur.

J. Darier, dans son précis de Dermatologie, recommande contre les verrues planes la mixture suivante, de Kaposi :

Acide acétique cristallisé..	10 gr.
Soufre précipité.....	20 —
Glycérine	50 —

Un bon moyen également de faire disparaître les verrues planes est de provoquer *l'exfoliation* au moyen de savon noir ou d'une pâte exfoliante. On devra aller progressivement en tâtant la susceptibilité de la peau. Le savon noir étendu en couche mince ne sera laissé en place que cinq minutes à la première application, dix minutes le soir suivant, plus encore le lendemain si possible. On est arrivé au résultat voulu en ce qui concerne l'exfoliation, quand l'épiderme a pris un aspect jaunâtre, luisant, « collodionné ». (Brocq.)

---

(1) Mantelin. Revue générale de clinique et de thérapeutique 1904. p. 499.

Traitement par les procédés mécaniques. — On a employé contre les verrues planes les grattages et les scarifications. Ces moyens, autrefois utilisés dans des cas rebelles, sont très douloureux et susceptibles, le premier surtout, de laisser des cicatrices. Aussi doivent-ils céder le pas aux moyens qu'il nous reste à examiner.

Agents physiques. Le premier des agents physiques utilisés est la *chaleur*. On a détruit au thermocautère des verrues cornées, mais il est évident qu'on ne saurait y songer contre les verrues planes à moins qu'il ne s'agisse de quelques éléments isolés, à la main. Outre les cicatrices qu'il laisse et la douleur très vive qu'il détermine, c'est un moyen infidèle : nombre d'auteurs citent des verrues qui reparaissaient avec insistance après chaque cautérisation.

L'électrolyse négative donne souvent contre les verrues cornées des résultats excellents. Bien conduite elle ne laisse pas de cicatrices. La multiplicité fréquente des verrues planes qu'on a à traiter, en limite l'emploi. Néanmoins dans certaines circonstances elle peut rendre des services (1) ; c'est un mode de traitement à retenir.

(1) Société Française de Dermatologie, 5 juillet 1906.

L'effluve de haute-fréquence est recommandée par Brocq (1). Paurier a vu la haute-fréquence réussir dans des cas où la radiothérapie avait échoué. L'étincelle de haute fréquence sans manchon de verre intermédiaire est recommandé par Lenglet (2). La verrue tombe de 2 à 4 jours après. Ce procédé nous paraît peu applicable contre les verrues planes. Nous axons pu nous même juger de ses effets sur les verrues cornées, étant externe dans le laboratoire d'électricité du docteur Darier à l'Hôpital Broca. Comme cette étincelle est très douloureuse, il faut anesthésier auparavant au moyen de l'effluve avec l'électrode à vide de Bisserié. Nous avons vu au moins une fois de grosses verrues cornées du dos de la main et des doigts, disparaître par ce procédé, au bout de quelques jours, sans laisser de traces.

La *radiothérapie* est certainement à l'heure qu'il est, le procédé de choix pour la destruction des verrues planes. Nous ne pouvons dire qui a eu le premier l'idée de l'employer dans ce but ; il est infiniment probable que bien des expérimentateurs dès le début des applications thérapeutiques des rayons X les ont essayé contre les verrues, ignorant les travaux les uns des autres. Dès 1901, c'est-à-dire 6 ans après la découverte de Roentgen, Sjögren et

(1) Brocq. Traité pratique de dermatologie élément. T. 1.

(2) Société Française de Dermatologie, 5 septembre 1906.

Sederholm, cités par Belot dans sa thèse de 1904, ont traité avec succès, par la radiothérapie, trois cas de verrues planes. Actuellement, ce moyen thérapeutique est, peut-on dire, devenu classique dans le traitement de la dermatose qui nous occupe. En 1904, Belot passant en revue les diverses applications des rayons X en dermatologie, note que dans sa pratique personnelle des verrues planes du visage ont cédé à une seule irradiation de 4 H, au bout d'un mois. Il note aussi la plus grande résistance au traitement des verrues planes des mains, fait qui a été confirmé depuis (1).

Etant externe du Dr Darier, nous avons pu suivre quelques cas de verrues planes, traités par la radiothérapie, au laboratoire d'électricité de l'hôpital Broca, en 1907. Les verrues revues douze jours après une première séance de 5 H, s'affaissaient généralement, en se pigmentant ainsi que la peau environnante, elles devenaient molles et flasques ; leur disparition survenait graduellement après une seconde application de 3 H seulement ; dans deux cas du moins, il en fut ainsi, une malade sur trois n'étant pas revenue après la deuxième séance.

Nous donnons plus loin les observations succintes de 15 cas de verrues planes traités à l'hôpital Broca par la radiothérapie, observations dont 3 nous

(1) Brocq. Société Française de Dermatologie, 5 juillet 1906.

sont personnelles. Toutes ces observations, ainsi que d'autres concernant des verrues cornées, au nombre total de 53 ont fait l'objet d'une communication du Dr Chicotot, chef de laboratoire du Dr Darier, au dernier Congrès Français de Physiothérapie (Paris 1910). Nous devons exprimer nos remerciements au Dr Chicotot, qui a bien voulu nous communiquer ses notes, d'où nous extrayons la statistique suivante: Sur 53 cas de verrues, provenant des services et des consultations du Dr Darier et du Dr Thilierge, 15 sont des cas de verrues planes et 38 des verrues cornées. 24 malades qui ont été suivis ont été guéris ; ont peut croire que la majeure partie, tout au moins, des autres ont été débarassés de leurs verrues, bien qu'on ne les ait pas revus, ce qui est d'ailleurs le cas des malades des consultations d'hôpital quand ils sont guéris. Sur les quinze cas de verrues planes traités, onze ont été guéris, et les quatre autres ne sont pas revenus.

La source de rayons employée était un tube Chabaud, à osmo-régulateur, fonctionnant sur le courant fourni par un meuble de Gaiffe. Les rayons étaient dosés au radiomètre de Sabouraud et Noiré.

Les verrues planes étaient irradiées en masse sans protection de la peau saine avoisinant les éléments.

Les verrues cornées étaient irradiées à l'exclusion de la peau saine grâce à une feuille de plomb percée au niveau de chacune d'elle de trous appropriés, ce qui permettait de donner des doses de rayons plus

fortes, allant jusqu'à 5 et même 10 H. en une séance.

Le Dr Chicotot a exposé au Congrès les résultats d'une petite enquête qu'il a faite sur ce sujet auprès de quelques radiologistes. Le Dr Béclère a vu chez trois membres d'une même famille atteints de verrues et ayant reçu comme traitement les mêmes doses à chaque séance, la guérison demander une, deux, et trois séances chez chacun d'entre eux respectivement.

Le professeur Zimmern obtient la guérison en deux ou trois séances à la dose de 5 H avec du rayon de 7 de pénétration. Le Dr Aubourg a obtenu plusieurs cas de guérison avec deux séances de 4 H à huit jours d'intervalle. Le Dr Belot a aussi obtenu de bons résultats mais il a vu des cas de verrues planes qui ont exigé plus de trois séances.

En général les verrues cornées exigent plus d'applications ou des applications plus longues que les verrues planes. Il faut remarquer aussi que les verrues planes de mains sont assez souvent résistantes aux rayons X, fait d'autant plus fâcheux que la peau de cette région est particulièrement sensible aux rayons.

Nous devons dire un mot d'un fait singulier et jusqu'ici absolument inexplicable, qui a été observé plusieurs fois au cours du traitement des verrues par les rayons X, nous voulons parler de la disparition des verrues situées en des régions qui n'ont été nullement irradiées.

En 1906, Danlos fit part le 5 juillet à la Société Française de Dermatologie, du cas d'un enfant d'une dizaine d'années atteint aux mains et à la face de verrues, planes autant que s'en souvient l'auteur sans pouvoir l'affirmer ; une séance de 5 H, avec des rayons de 6 à 7, fit disparaître les verrues du visage, et chose curieuse, *celles des mains* disparurent aussi. Un autre enfant plus jeune, atteint de verrues planes aux mains et au visage, reçut au *visage seulement* 5 H en deux séances à huit jours d'intervalle. Les verrues des mains qui n'avaient pas été traitées disparurent avec les autres.

Personnellement, nous nous souvenons d'avoir traité à l'hôpital Broca un jeune garçon provenant des enfants-assistés atteint de verrues cornées à la face dorsale des deux mains. La main gauche seule fut irradiée (4 ou 5 h.) et quand l'enfant revint douze jours après, *les verrues des deux mains avaient disparu* ; ce fait nous avait paru assez singulier pour être consigné sur le registre du laboratoire.

On n'a pas pour ces faits d'autre explication que d'invoquer l'effet de la suggestion. Nous devons dire que le Dr Chicotot, ayant plusieurs fois recouvert de lames de plomb quelques verrues isolées alors qu'il irradiait d'autres verrues toutes voisines, a *toujours* vu persister celles qui étaient ainsi garanties contre les rayons, tandis que les autres disparaissaient.

Traitement psychique. — Puisque nous venons de parler de la suggestion, c'est le moment d'en dire ici quelques mots de plus. Cette question a elle seule pourrait faire l'objet de tout un ouvrage.

Ce travail a d'ailleurs été fait, *Roussel* a fait paraître dans la *Loi médicale*, en 1897, un long mémoire sur ce sujet. Ce mémoire, par le nombre et par la précision des faits qu'il cite est de nature à entraîner la conviction.

Il y a dans ce fait de la guérison par suggestion d'une maladie que tout concorde à démontrer infectieuse quelque chose qui est absolument inexplicable dans l'état actuel de nos connaissances ; mais il faut s'incliner devant les faits, et au lieu de nier le rôle thérapeutique de la suggestion, pour la simple raison que nous sommes incapables d'en expliquer les effets, mieux vaut la mettre en œuvre en même temps que les autres modes de traitement, ce que nous faisons d'ailleurs, que nous le veuillons ou non toutes les fois qu'un malade vient se confier à nous dans l'espoir d'être guéri.

Pour résumer ce qui se rapporte au traitement, les Rayons X sont de beaucoup l'agent thérapeutique qui donne les résultats les plus constants. On appliquera 4 H en une seule séance, dose qui à la face pourra suffire ; on fera généralement une nouvelle application de 3 H huit jours après. Les verrues des mains étant plus tenaces, et sur une région

particulièrement sensible aux Rayons X, on devra, dans la mesure du possible, protéger la peau saine avec une feuille de plomb percée de trous au niveau des verrues, après décalque de ces dernières. La confluence habituellement moins grande des verrues sur les mains, rendra généralement possible cette précaution.

Mais la radiothérapie constitue un procédé que l'on n'a pas toujours sous la main et qui de plus est assez coûteux ; d'ailleurs, dans nombre de cas, les anciens procédés de traitement donnent des résultats parfaits. On aura recours soit à l'application de la mixture de Kaposi, recommandée par Darier, soit à la cure d'exfoliation au moyen du savon noir, ou d'une pâte exfoliante. De plus, étant donnés les bons résultats que semblent avoir fournis des remèdes internes, même dans des cas qui avaient résisté aux autres médications, on administrera au porteur de verrues soit la *magnésie calcinée* à dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 par jour, en deux fois, par paquets, à chacun des principaux repas, soit *l'eau de chaux*, à la dose d'un grand verre, additionnée d'un peu de lait, après le repas de midi pendant plusieurs semaines. Ces deux remèdes sont au moins inoffensifs, et semblent agir quelquefois réellement. Il pourrait n'être pas indifférent de traiter en même temps l'état général, s'il y avait lieu, quelque soient les troubles qu'il présentât et quelques légers qu'ils fussent.

CONCLUSIONS

1° Les verrues planes juvéniles constituent une variété de verrues reconnaissables aux caractères propres de l'élément considéré isolément, et remarquable par la particularité qu'elle présente de siéger souvent au visage sous la forme d'une véritable éruption.

2° Les éruptions abondantes de verrues planes se produisent le plus souvent chez des sujets déjà porteurs de quelques éléments isolés, depuis un temps plus ou moins long, éléments primitifs dont l'origine est la contagion.

3° Les caractères cliniques de l'éruption, démontrent qu'elle s'étend par auto-inoculation, mais autorisent à penser que si cette auto-inoculation est nécessaire pour la dissémination des verrues planes, elle n'est peut-être pas suffisante et semble avoir besoin pour donner lieu à de nouvelles verrues, de modifications de l'état général encore indéterminées.

4° Les faits de contagion et les résultats positifs des inoculations expérimentales de verrues démontrent leur origine parasitaire, bien que les recherches entreprises pour découvrir l'agent pathogène n'aient encore donné aucun résultat sérieux.

5° Les verrues planes reconnaissent la même origine que les verrues vulgaires et peuvent provenir de celles-ci par contagion ou par auto-inoculation.

6° Le traitement de choix des verrues planes juvéniles consiste dans l'emploi des rayons X, qui donnent dans la très grande majorité des cas des résultats parfaits.

7° Mais les moyens thérapeutiques utilisés anciennement sont également susceptibles de donner très souvent de bons résultats. Les applications d'agents kératolytiques ou de préparations exfoliantes sont les plus recommandables. On administrera en plus d'une façon toute empirique, de la magnésie calcinée ou de l'eau de chaux, à l'intérieur, ces médicaments ayant produit d'heureux effets.

On ne négligera pas d'avoir recours à la suggestion dont l'influence semble bien démontrée.

8° Il ne sera jamais superflu de détruire des verrues, les verrues planes surtout, si peu gênantes qu'elles soient, étant donné qu'elles sont quelquefois l'origine d'une éruption abondante.

Vu : *Le Président de thèse*,
EM. GAUCHER.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le vice-recteur de l'Académie de Paris,
J. COMBARIEN.

Observations

OBSERVATION I. — (Comby.)

Robert B... 9 ans et demi.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédent personnel, l'enfant a eu la rougeole à 3 ans, la diphtérie à 6 ans : il a été opéré d'adénoïdes il y a 5 ans ; il est très nerveux.

Il a toujours eu des éphélides à la face.

Il y a trois ans il a déjà eu une poussée de verrues planes à la face qui a disparu assez rapidement.

Il y a un mois à la suite d'un breuvage dont la composition nous est inconnue, l'enfant a présenté à la face l'éruption pour laquelle il vient consulter aujourd'hui.

Actuellement (5 mai 1910) sa face présente un aspect bigarré, moucheté, qui frappe au premier abord. Le visage tout entier est semé de deux éléments dermatologiques faciles à distinguer :

1) Des taches pigmentaires jaunâtres, arrondies, de petit diamètre, qui présentent tous les caractères des éphélides, et qui ont existé de tout temps ;

2) Des éléments très abondants, très confluents en certains points, et qu'à un examen attentif on reconnaît pour

être des verrues planes. Ces verrues sont petites, applaties, à contours arrondis ou ovalaires, faisant une très légère saillie sur la peau. Leur coloration est très légèrement rosée.

Aux deux mains, on trouve des verrues absolument semblables, mais beaucoup plus faciles à distinguer, plus d'autres verrues très saillantes au niveau des doigts.

Traitement :

1) Onctions le soir avec la pommade :

Glycérolé d'amidon . . .	30 gr.
Ichthyol	3 gr.

2) Prendre matin et soir un paquet contenant :

Magnésie calcinée. . . .	0 gr. 25
Sucre de lait	0 gr. 25

pour un paquet n° 20.

3) Douches.

L'enfant revient neuf jours après le début du traitement, dans un état des plus satisfaisants. Les éléments se sont tous considérablement affaissés ; beaucoup ont disparu : la moitié supérieure de la face est entièrement débarrassée des verrues ; il ne possède de ces dernières qu'au menton et aux joues, encore sont-elles affaissées.

Aux mains, les verrues sont encore visibles comme de petites aires arrondies et lisses tranchant nettement avec le grain normal de la peau, mais il est impossible de les reconnaitre au toucher.

On continue le traitement. Une semaine après, c'est-à-dire seize jours après le début de ce traitement, toutes les verrues ont disparu sans laisser aucune trace.

OBSERVATION II. — (*personnelle.*)

Alfred l'H... âgé de 9 ans et demie. Nous voyons l'enfant le 23 mai 1910. (Consultation du Dr Darier, à St-Louis).

Il y a deux ans, l'enfant n'avait qu'un petit groupe de verrues au dos de la main gauche au niveau de la tête du troisième métacarpien. Ce groupe qui existe encore est formé de trois petits ilots de verrues confluentes, constitués chacun respectivement de deux à trois et sept éléments. Ces verrues présentent nettement les caractères des verrues planes.

Il y a un an environ, la main gauche est envahie à sa face dorsale par un semis d'éléments semblables à ceux des groupes primitifs, puis la main droite est envahie à son tour. L'enfant ni sa mère ne peuvent préciser à quel moment la face a été atteinte, mais il semble que c'ait été en même temps que les mains, c'est-à-dire il y a un an environ. Depuis ce moment, le nombre des verrues de la face n'a fait que croître ; cet accroissement de l'éruption s'est fait par poussées, de nouveaux élements apparaissant par groupes d'un jour à l'autre. Il semble que le front ait été le premier atteint ; les joues l'ont été ensuite simultanément, puis ça a été le tour du nez et du menton. Le nombre de verrues s'est encore accru récemment. Actuellement, en examinant le sujet, l'éruption se distribue comme il suit :

La main gauche. outre les douze verrues qui constituent le groupe primitif en présente un peu plus de quarante dissiminées sans aucun ordre sur sa face dorsale depuis le poignet jusqu'aux premières phalanges. Au total une cinquantaine. Rien sur la face palmaire.

La main droite en présente à peu près le même nombre, plus petites en général. De plus, sa face palmaire porte trois petits éléments d'apparition récente qui se présentent comme de petites aires lisses, bien circulaires, tranchant nettement sur les crêtes papillaires, au dessous desquels ils sont situés comme dans de petits puits.

La face est complètement envahie. L'éruption s'arrête en haut au rebord du cuir chevelu ; en arrière elle n'atteint pas jusqu'aux oreilles ; en bas elle ne dépasse pas le rebord du maxillaire sauf deux ou trois éléments immédiatement au dessous de la symphise. Les points les plus atteints sont le haut du front, le menton, le rebord de la cloison et des ailes du nez. Le haut du nez et le tour des yeux sont indemnes. L'éruption, à part ces points de confluence, est distribuée sans aucun ordre. Les éléments confluent sur certains points, en plus ou moins grand nombre et sont clairsemés dans d'autres. En deux endroits au moins on remarque des verrues justaposées en série linéaire, éveillant nettement l'idée d'un coup d'ongle.

La couleur de ces verrues varie de la teinte de la peau normale à celle du café au lait. Au moment de l'examen elles sont peu saillantes ; la mère a remarqué que quand l'enfant a chaud elles sont beaucoup plus grosses et de couleur plus foncée.

L'enfant se gratte et se frotte assez souvent la figure quand il transpire parce qu'il ressent assez souvent un léger

prurit : (à noter que depuis 15 jours il a fait très chaud). La mère a remarqué que depuis longtemps il avait l'habitude de se frotter le nez avec le dos de la main.

Au point de vue dermatologique le sujet ne présente, outre ses verrues, d'autre particularité qu'un petit angiome stellaire au dessous de l'œil droit et quelques petits nœvi pigmentaire. Légère, kératose pilaire des membres.

Au point de vue de l'état général. rien à noter. La mère se plaint que l'enfant mange voracement, ce qui détermine des éructations après les repas ; nous ne trouvons d'autres traces de troubles digestifs qu'une légère constipation.

L'enfant est envoyé au laboratoire d'électricité pour être traité par les rayons X.

OBSERVATION III. — (*personnelle.*)

Emile S..., 11 ans, est amené par sa mère à la consultation du Dr Hallé, aux enfants malades pour une éruption siégeant à la face. En examinant l'enfant on reconnaît sur les joues et aux comissures des lèvres des groupes de verrues planes.

La main gauche présente également quelques verrues planes qui y existent depuis plusieurs années.

Il y a un mois que les verrues sont apparues à la face : elles étaient plus petites que maintenant. Actuellement elles dominent à la joue gauche ou l'on en relève une cinquantaine environ, dont un groupe très net en série linéaire. Leur couleur est celle de la peau saine, elles sont assez saillantes. Quelques-unes laissent voir un ou deux points rouges à la vitropression.

On en voit un petit groupe à la commissure gauche des

lèvres, en pleine peau. A cet endroit la peau est marquée de petits sillons radiés et un peu pigmentée, lésions qui existent à un moindre degré à la commissure droite ; il s'agit vraisemblablement des reliquats d'un léger eczéma commissuraire ; l'enfant a l'habitude de se lécher les coins des lèvres ; il « s'arrachait souvent de petites peaux » à ce niveau et se frottait parce qu'il avait de légères démangeaisons ; cela depuis un temps indéterminé.

Au dire de la mère, l'enfant n'avait pas du tout de verrues il y a un mois, mais il y a un an environ, à la même époque il aurait présenté une éruption tout à fait semblable qui aurait guéri spontanément au bout de quinze jours. Même histoire aux printemps précédents. L'éruption actuelle, nous dit-elle, est beaucoup plus visible à certains jours.

Rien de particulier à noter au sujet de l'état général.

On prescrit des applications de savon noir : tous les soirs une mince couche à garder : 5 minutes le premier soir, puis dix minutes, puis 1/4 d'heure, dans le but d'amener une exfoliation de l'épiderne.

OBSERVATION IV. — (personnelle.)

Marie W..., 11 ans, présente sur la face dorsale de la main gauche, au-dessus de la tête du 3e métacarpien une grosse verrue cornée, depuis plusieurs années, qui a pris progressivement ses dimensions actuelles qui sont celles d'un demi petit pois. De plus, dans l'espace interdigital compris entre entre le médius et l'annulaire on voit deux autres verrues cornées plus petites. Trois verrues cornées

également de même dimensions que ces dernières siègent sur le dos de la main à côté de la grosse verrue. De plus, toute la face dorsale de la main présente un semis de verrues planes absolument typiques de la même couleur que la peau, à surface un peu brillante, de dimensions assez égales, de deux millimètres de diamètre environ et très peu saillantes, à peine perceptibles au toucher, semées sans aucun ordre. Aucune autre verrue sur les mains ou le vigage.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est l'histoire de toutes ces verrues.

Nous voyons l'enfant le 2 juin 1910. Deux mois auparavant environ (exactement le dimanche avant Pâques, le 27 mars). La fillette qui jusque là n'avait *qu'une seule verrue*, celle qui est encore la plus grosse, se heurta la main et écorcha cette verrue qui saigna assez abondamment ; elle passa le reste de la journée la main enveloppée dans un mouchoir. Elle s'est aperçue de la présence de 5 autres verrues cornéees, six semaines après ce petit accident ; elles avaient un volume moindre que maintenant, et ont crû rapidement ; c'est plus récemment qu'elle s'est aperçue de la présence des verrues planes, qui sont, à vrai dire, assez peu visibles.

Traitement : nitrate d'argent sur les verrues cornées, collodion salicylé au dixième sur les verrues planes. L'enfant s'étant absenté, nous l'avons perdue de vue au bout de cinq jours environ.

OBSERVATION V. — (Chicotot.)

La jeune R..., âgée de 4 ans, est envoyé au laboratoire d'électricité de l'hôpital Broca par le Dr Lœwi, chef de cli-

nique du Dr Pozzi, pour traiter par la radiothérapie des verrues planes qui couvrent sa face.

Renseignement pris auprès de la mère, Mme R. cantatrice à la Scala de Milan, on apprend de celle-ci que son enfant était entièrement confiée aux soins d'une domestique qui présentait aux mains de nombreuses grosses verrues ; jusque là, la petite n'en présentait aucune ; ce n'est que quelques semaines après avoir été entre les mains de cette bonne que la figure de l'enfant a présenté l'éruption qui la couvre actuellement.

Traitement : la face de l'enfant est divisée en trois régions qui sont irradiéee successivement dans la même séance. Chaque région reçoit 4 H. de pénétr. 7 à 8, à 12 jours d'intervalle. A la deuxième séance, les verrues étaient flétries et pigmentées. L'enfant, revue un mois après la dernière séance, ne présentait plus trace de verrues.

OBSERVATION VI.— (Chicotot).

Mlle X..., infirmière à Broca.

Verrues planes des mains.

2 séances respectivement de 5 H. et 2 h. Pénétr. 7 au Benoist.

Guérison.

OBSERVATION VII. — (Chicotot)

M. Ch..., valet de chambre, 22 ans.

Verrues planes des mains.

3 séances de 5 h. Pénétr. 9.

Guérison.

OBSERVATION VIII. — (CHICOTOT.)

M. G... W..., verrues flanes des mains.
2 séances de 5 h. et 2 h. Pénétr. 9.
Guérison.

OBSERVATION IX.— (Personnelle)

Emilie F..., 19 ans, mécanicienne.
Verrues planes très abondantes des joues.
2 séances de 5 h. et 3 h., à 12 jours d'intervalle. Pénét. 8.
A la seconde séance les verrues étaient affaissées et très pigmentées ; la malade n'a pas été revue.

OBSERVATION X. — (personnelle.)

Mlle R..., 21 ans, couturière. Verrues planes des mains.
1 seule séance, 5 h. Pénétr. 6.
Guérison, 1 mois après. Les verrues étaient très affaissées au bout de 12 jours. Pigmentation forte de la peau.

OBSERVATION XI. — (personnelle.)

Marcelle R..., 11 ans. Verrues planes de la face.
2 séances, 5 et 3 h. Pénétr. 7.
Guérison, un mois après la deuxième séance. Affaissement notable de verrues lors de la seconde application.

OBSERVATION XII. — (CHICOTOT.)

Mélanie C..., 22 ans. Verrues planes de la main.
3 séances, 5, 3 et 2 h. Pénétr. 7.
Guérison.

OBSERVATION XIII. — (CHICOTOT.)

Alida Fr..., 16 ans. Verrues planes de la main.
1 séance, 5 h. Pénétr. 7.
(N'a pas été revue).

OBSERVATION XIV. — (CHICOTOT.)

Georgette N..., 10 ans. Verrues planes de la face et de la main.
1 séance, 5 h. Pénétr. 8.
Guérison.

OBSERVATION XV. — (CHICOTOT.)

B..., garçon de 7 ans. Verrues planes de la face.
2 séances 5 et 4 h. Pénètr. 8.
Guérison.

OBSERVATION XVI. — (CHCOTOT.)

Simone S..., 7 ans 1/2. Verrues planes de la face.
2 séances 5 et 3 h. Pénétr. 8.
Guérison.

OBSERVATION XVII. — (CHICOTOT.)

Victor H..., 10 ans. Verrues planes de la main.
Séances 5 h. Pénétr. 7.
Guérison.

OBSERVATION XVIII.— Chicotot.)

F..., 11 ans 1/2. - Verrues planes de la face et des mains.

4 séances de 2 à 4 h. Pénétr. 9.

Guérison.

OBSERVATION XIX. — Chicotot.)

Gabrielle S..., 6 ans. Verrues planes de la face et des mains.

1 séance 4 h. Pénétr, 5.

(N'a pas été revue.)

OBSERVATION XX. — (Chicotot.)

Rachel P..., 20 ans. Femme de chambre. Verrues planes de la face.

2 séances 5 h. Pénétr. 7.

(N'a pas été revue).